

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

110

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 Janvier 1896 à 1 heure

PAR

LUCIEN MASQUERAY

NÉ A ELBOEUF, LE 14 JANVIER 1872

Lauréat de l'École de médecine d'Alger 1892-93.

Prix au Conseil général de la Seine-Inférieure 1893-94.

Externe des hôpitaux de Rouen

ÉTUDE

sur

LES KYSTES HYDATIQUES DU MÉSENTÈRE

ET DES MÉSOCÔLONS

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { TUFFIER, professeur.
DELBET, agrégé.
WALTHER, agrégé.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

110

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 Janvier 1896 à 1 heure

PAR

LUCIEN MASQUERAY

NÉ A ELBOEUF, LE 14 JANVIER 1872

Lauréat de l'École de médecine d'Alger 1892-93.

Prix au Conseil général de la Seine-Inférieure 1893-94.

Externe des hôpitaux de Rouen

ÉTUDE

SUR

LES KYSTES HYDATIQUES DU MÉSENTÈRE ET DES MÉSOCÔLONS

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { TUFFIER, professeur.
 { DELBET, agrégé.
 { WALTHER, agrégé.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNEL ONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIÉRY
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE CEUX QUE J'AI PERDUS

MON PÈRE

MON ONCLE

Directeur de l'Ecole supérieure des Lettres d'Alger

Agrégé de l'Université

Docteur ès-lettres

Lauréat de l'Institut (Prix Volney 1894)

Chevalier de la légion d'honneur,

Officier de l'Instruction publique.

Officier du Cambodge,

Commandant de l'Ordre du Nicham Iftikar,

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS ET DONT L'AFFECTION
M'A TOUJOURS SOUTENU JUSQU'A CE JOUR

MA FAMILLE. MES MAITRES. MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Hommage respectueux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0022

INTRODUCTION

Les kystes hydatiques du mésentère et des mésocôlons ne sont pas une rareté pathologique à proprement parler. Toutefois, ils sont loin d'être fréquents, et nous croyons que sur ce sujet comme d'ailleurs sur la plupart des tumeurs de l'abdomen tout n'est pas dit au point de vue clinique. — Le diagnostic en est souvent fort difficile, parfois même impossible autrement que par la ponction ou par l'incision exploratrice de la paroi abdominale et du péritoine.

Au cours de nos études médicales il nous a été permis d'observer, dans le service du docteur Bruch à l'hôpital de Mustapha, en Algérie ; un cas de kyste hydatique du mésentère et nous avons songé à en faire le sujet de cette thèse inaugurale. Nous passerons en revue la série des symptômes propres à cette affection ; nous établirons le diagnostic différentiel avec les autres tumeurs de l'abdomen pour terminer par l'étude des différentes méthodes de traitement appliquées aux kystes hydatiques du mésentère.

Mais avant d'aborder cette étude nous ne saurions ou-

blier le pieux devoir que nous impose la reconnaissance vis-à-vis des maîtres qui nous ont guidé durant tout le cours de nos études médicales.

Le souvenir de leur enseignement nous suivra dans les difficultés de la pratique et nous trouverons dans l'exemple qu'ils nous ont donné une règle de conduite facile.

Que M. le docteur Merry-Delabost directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Rouen reçoive un hommage de notre reconnaissance pour la bienveillante sympathie qu'il nous a montrée et les encouragements qu'il nous a prodigués durant tout le cours de nos études.

Nous remercions vivement nos maîtres dans les hôpitaux de Paris et de Rouen pour les enseignements qu'ils nous ont fournis, en particulier MM. Chaboux ; Olivier et Cerné dont nous avons pu apprécier les excellentes leçons de clinique, à l'hôtel Dieu de Rouen ; et M. le docteur Landrieux à l'hôpital Lariboisière.

Nous prions M. le docteur François Hue de croire à notre profonde reconnaissance, nous ne dirons jamais assez combien nous ont touché les marques de sympathie dont nous avons été l'objet de sa part depuis notre début dans la carrière médicale.

Nous avons encore des remerciements à adresser, ce sont ceux d'un ami à un ami M. le docteur Cotoni que nous connaissons depuis notre enfance et dont l'affection nous est si chère a toujours bien voulu nous éclairer de ses sages conseils. Le remercier nous paraît presque banal ; nous

aimons mieux lui dire ce qu'il sait d'ailleurs depuis longtemps déjà : que nous avons pour lui une sincère affection.

Enfin que M. le professeur Tillaux soit assuré que nous lui sommes profondément reconnaissant de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

L'étude des kystes des mésentère, en particulier celle des kystes hydatiques est de date toute récente ; surtout si l'on tient compte du traitement, lequel a été complètement transformé par l'antisepsie.

Dans les auteurs anciens on trouve bien des observations de kystes du mésentère ; mais il suffit de parcourir les faits rapportés par Bonnet, Tulpius, Horstius, pour se convaincre qu'il s'agissait de simples trouvailles d'autopsie, car, pendant la vie des malades on n'avait saisi ni les symptômes ni la marche ni le diagnostic du mal dont on constatait la présence à l'ouverture du cadavre (Delmez, thèse Paris 1891).

Dans le mésentère, les kystes hydatiques ont été assez souvent observés, Horstius dit Lieutaud, nous rapporte qu'une jeune femme, un an après son mariage, commença à souffrir au bas-ventre de douleurs violentes, qu'il s'en suivait, ainsi qu'il l'a signalé : les coliques, l'ascite, la parésie et même l'obstruction intestinale.

Portal, Valleix, Grisolle, Hardy et Béhier, Niermeyer passent sous silence ce chapitre de pathologie, et, si

l'on trouve de temps en temps mentionné un cas de kyste hydatique du mésentère, il faut pour cela feuilleter les archives de la société anatomique ou les ouvrages de Cruveilhier, Rokitansky.

Mais vers le milieu de ce siècle la laparotomie paraît et rapidement l'ovariotomie devient une opération fréquemment pratiquée. Alors les chirurgiens rencontrent de temps en temps des kystes du mésentère ou des mésocôlons qu'ils avaient pris tout d'abord pour des kystes de l'ovaire. Spencer Wells bien que considérant cette affection comme très rare a pu en observer deux cas.

Les faits s'étant multipliés, les chirurgiens ont fait de nouvelles études d'ensemble ; nous pouvons citer entre autres celle de Péan. (Traité des tumeurs de l'abdomen.

Werth (1881) Collet (1884) ont complété l'étude commencée par Péan.

Dans son étude Collet a décrit : « des lypothimies
« fréquentes. Le ventre pendant ce temps s'élevait peu
« à peu, se tuméfiait ; les douleurs persistaient ; puis,
« alors qu'elle semblait améliorée par divers traitements
« elle prit brusquement des crises épileptiques et mourut
« le même jour. A l'ouverture du cadavre on trouva le
« mésentère plein d'hydatides, leur masse surpassant
« la tête d'un enfant, les plus petites atteignant la grosseur d'un œuf de poule.

Dans le traité de médecine pratique de Franck on peut lire l'observation suivante empruntée à Tulpius :

La fille d'un médecin hollandais mourut dans un état d'anasarque. A l'ouverture du cadavre on trouva dans le mésentère une tumeur énorme du poids de 20 livres, remplie d'hydatides. L'accroissement de cette tumeur s'était fait si lentement qu'on avait soupçonné la grossesse ; mais lorsque le terme de la gestation fut passé, la malade parut manifestement hydropique.

Laissant de côté les études fantaisistes des auteurs du XVII^e et XVIII^e siècles ; le cas cité dans le sépulchretum de Bonnet, celui de Ruysch, les études de Lientaud ; nous remarquerons le travail de Morgagni sur les kystes du mésentère en général. Cet auteur a montré au point de vue clinique, les rapports le mode de développement et les symptômes de ce genre d'affections. Ce sont :

1^e des kystes hydatiques.

2^e des kystes séreux.

3^e des kystes ganglionnaires.

4^e des kystes dermoïdes.

Nous nous occuperons des kystes hydatiquee seuls.

A ce propos, cet auteur mentionne leur petit volume habituel, leur coexistence fréquente avec d'autres kystes du même genre dans différents points de la cavité abdominale.

Enfin il nous faut mentionner encore, relativement à

l'étude des kystes hydatiques du mésentère, la thèse d'Augagneur sur les tumeurs du mésentère ; l'étude de Hahn dans le Berliner medicinische Wochenschrift, et la thèse de Delmez où les connaissances actuelles sont assez complètement résumées.

SYMPTOMES

L'étude que nous voulons donner des kystes hydatiques du mésentère et du mésocôlon devant être avant tout une étude clinique, nous n'insisterons pas sur l'introduction dans l'organisme des œufs d'échinocoque, sur la migration et la fixation en un point de l'économie, des embryons ; ni sur leur développement, ce sont là des faits trop connus pour que nous y revenions.

Disons seulement que ces kystes hydatiques sont dus à la présence du scolex du *tænia cœnurus* ou *echinococcus*.

D'après Péan la symptomatologie des kystes du mésentère serait à peu près réduite aux signes physiques, à moins que la tumeur n'eut atteint un volume très considérable. Mais si quelques faits sont venus confirmer les assertions de ce chirurgien il n'en est pas toujours ainsi.

Pourtant d'une manière générale le début des kystes hydatiques est lent et progressif et passe même presque toujours inaperçu. Lorsque le début paraît brusque et rapide il faut admettre avec Augagneur, contrairement à l'opinion de Collet, qu'il s'agit d'une illusion et que le kyste

d'abord latent se serait révélé ensuite brutalement et subitement par quelques symptômes qui en font soupçonner la présence. A moins que des coliques rebelles, de la constipation, des phénomènes de compression du côté de la vessie ne viennent appeler l'attention du malade, la tumeur peut acquérir un volume assez considérable sans être soupçonnée. Généralement, en augmentant de volume, et abandonnée à elle-même, la tumeur vient se mettre en rapport avec la paroi abdominale et alors un ensemble de symptômes assez précis peut mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic de kyste du mésentère ou du mésocôlon.

Le début est donc ordinairement silencieux.

Souvent, après une période latente, c'est à l'occasion d'une chute, d'un coup, d'un écart de régime que le malade constate, en s'examinant, une grosseur abdominale. D'autres fois certaine sensation de gêne, de pesanteur dans l'abdomen avec des irradiations douloureuses vers les lombes et survenant la plupart du temps après les repas constituent les symptômes en faveur d'un kyste ils n'ont, comme on le voit, rien qui leur soit particulier.

Les troubles fonctionnels par lesquels la tumeur se révèle sont :

La douleur, fort variable dans son intensité, qui peut être mal localisée, ne consiste qu'en une sensation de gêne en une région quelconque de l'abdomen. Cependant

cette localisation se fait presque toujours au niveau de l'ombilic et c'est là une localisation assez importante au point de vue diagnostic.

Une exacerbation brusque dans cette douleur, survenant sans cause appréciable est ordinairement l'indice d'une complication.

Les troubles digestifs sont fréquents ; la dyspepsie et les douleurs gastralgiques sont constants dit Deffains (th. Paris 1894) cette opinion est certainement exagérée. On note parfois des vomissements, des phénomènes intermittents d'occlusion intestinale dus à une compression de l'intestin, à un étranglement, etc.

La constipation est la règle lorsque le kyste est volumineux ; s'il est petit elle fait ordinairement défaut.

La cachexie et la dénutrition ne se montrent que dans les cas exceptionnels où le kyste a acquis un volume considérable et comprime les vaisseaux chylifères en particulier et tout le canal intestinal dont il empêche le bon fonctionnement.

Les signes physiques sont ceux de toutes les tumeurs du mésentère.

M. Braquehay, dans l'étude qu'il a faite des kystes du mésentère indique que quelques points doivent attirer l'attention.

1° Le maximum de la saillie près de l'ombilic, c'est-à-dire plus haut que dans les kystes ovariens.

2° La forme du ventre qui n'est pas en batracien comme chez les ascitiques.

3° Le non déplissement de la cicatrice ombilicale.

4° Si, au crayon dermographique on marque le point culminant de la tumeur, on voit que les rapports de ce point avec la paroi changent pendant les grandes inspirations bien que la tumeur ne s'abaisse que très peu ; ce qui est l'inverse pour les tumeurs de foie.

C'est à Mr le Professeur Tillaux que revient le mérite d'avoir le premier mis en évidence ce signe important.

Mais le plus souvent, à la simple vue, les kystes hydatiques du mésentère passent inaperçus parce que la tumeur n'est pas encore assez volumineuse pour refouler la paroi lorsque le malade est envoyé au chirurgien.

Le palper, facile chez les sujets maigres ; difficile chez les individus obèses ou très musclés qu'il faut alors exarquer sous le chloroforme donne les renseignements les plus importants.

La forme est souvent globuleuse, souvent aussi très irrégulière, ovoïde, piriforme, lobulée, etc.

La consistance des kystes hydatiques est parfois molle, fluctuante ; mais le plus ordinairement la tumeur est dure, tendue ; la fluctuation n'est pas constante ; et si les tumeurs sont petites, ce qui est le plus fréquent, elles sont dures, peu ou pas rénitentes et simulent des tumeurs solides.

Augagneur insiste sur le *siège* des kystes du mésentère qui est ordinairement le voisinage de l'ombilic, c'est donc de ce côté qu'il faudra chercher, tout en se développant, le kyste aura tendance à se diriger en bas et à gauche c'est à dire à suivre la direction du mésentère.

La *mobilité* est un signe fort important, on la trouve mentionnée dans la plupart des observations : bien qu'elle puisse se faire en tous sens, c'est surtout à droite et à gauche qu'elle se produit. Les kystes les plus petits sont ceux qui présentent le plus de mobilité, les plus volumineux, au contraire, sont plus fixes. La palpation permet encore de délimiter le kyste, de le séparer du foie du rein, de la rate.

S'il pénètre dans la cavité pelvienne, ce qui est rare, il faut ainsi que l'indique Rash, placer un ou deux coussins sous le siège du malade, ce qui permet à la main d'explorer le petit bassin. On peut alors se rendre un compte parfait des connexions ou plutôt de l'absence de connexions de la tumeur avec les organes génitaux; utérus, ligaments larges, ovaires, par l'exploration bimanuelle une main sur l'abdomen et un ou deux doigts dans le vagin. — *La percussion* dans les kystes du mésentère donne des résultats variables bien exposés par le professeur Tillaux.

En percutant légèrement on trouve au devant de la tumeur de la sonorité intestinale. La percussion est elle

plus forte : à la sonorité fait place la matité ou la submatité de la tumeur kystique. La zone sonore est loin d'être fixe ; due à la présence de l'intestin au devant de la tumeur elle peut varier avec chaque examen en raison de la mobilité extrême de l'intestin qui se déplace et glisse facilement.

Le professeur Tillaux a encore montré qu'il existe une zone sonore entre le kyste et le pubis ; excellent moyen de diagnostic avec les tumeurs du petit bassin.

Mais tous les signes que nous venons d'énumérer sont communs à la plupart des kystes du mésentère ; hydatiques ou autres.

Comment donc reconnaître d'une façon certaine que l'on a affaire à un kyste hydatique ? Pour ce faire le chirurgien a plusieurs moyens à sa disposition :

I. L'existence d'un kyste hydatique en un autre point de l'économie.

II. La constatation du frémissement hydatique qui n'a, pour les kystes hydatiques du mésentère, été noté qu'une seule fois par Meissner. Il est pathognomonique quand on peut l'observer.

III. La ponction exploratrice que, malgré l'opinion d'Augagneur, on tend à abandonner aujourd'hui. Elle permet de retirer du kyste un liquide ordinairement limpide dans lequel le microscope montre des crochets. Les ponctions exploratrices avons-nous dit, étant un

moyen infidèle et dangereux on doit recourir de préférence à la :

IV. Laparotomie exploratrice qui sera ordinairement le premier temps d'une intervention curative.

PRONOSTIC

Le pronostic des kystes hydatiques du mesentère est relativement bénin quand ceux-ci sont en petit nombre et peu volumineux. L'intervention chirurgicale donne alors des résultats excellents et la guérison est aujourd'hui la règle.

Citons comme complications :

La rupture du kyste dans le péritoine et généralisation des hydatides à toute la séreuse.

L'obstruction intestinale.

La torsion et surtout l'infection de la poche qui sont exceptionnelles.

Le volume énorme et les adhérences pouvant en empêcher l'ablation.

La débilité du malade lorsqu'il se décide que trop tardivement à se débarrasser de sa tumeur.

Telles sont les complications qui seules peuvent venir aggrandir le pronostic.

DIAGNOSTIC

Les kystes hydatiques du mésentère doivent être différenciés :

1° Des tumeurs abdominales autres que celles du mésentère ou du mésocôlon.

2° Des autres tumeurs du mésentère.

Ce diagnostic en clinique est souvent impossible. La grossesse, les tumeurs utérines, les kystes de l'ovaire et du ligament large pourront être éliminés par la constatation de leurs connexions avec les organes génitaux.

Les kystes de l'ouraque sont moins mobiles, mats dans toute leur étendue.

De même les tumeurs de la rate, celles du foie ; ces dernières se déplacent très notablement sous l'influence de la respiration.

Les kystes du pancréas sont plus élevés, plus fixes dans leur situation, peu ou pas mobiles.

Le rein flottant se reconnaîtra à sa forme, à sa situation et aux troubles sympathiques qui l'accompagnent.

Les kystes du grand épiploon sont mats dans toute

leur étendue ; mais il est très difficile ordinairement de les éliminer.

La péritonite chronique enkystée, l'ascite seront plus faciles à distinguer des tumeurs du mésentère. A plus forte raison les tumeurs de la paroi.

La différenciation entre les kystes hydatiques et les autres tumeurs du mésentère (lipomes, kystes etc) est le plus ordinairement impossible ; pourtant les tumeurs malignes ont un développement rapide et s'accompagnent d'ascite ainsi que des signes d'une cachexie précoce.

TRAITEMENT

Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical. Successivement ont été employées trois méthodes qui sont :

- 1° La ponction.
- 2° L'extirpation.
- 3° La marsupialisation.

La ponction, procédé aveugle et dangereux, à cause de la présence fréquente de l'intestin au devant du kyste, bien qu'ayant donné quelques guérisons ; doit être abandonnée, elle fait courir au malade de trop sérieux dangers.

Elle est abandonnée par la plupart des chirurgiens : Lawson-Tait, Duret, Terrillon, Lœhlein, Quénu, etc. Elle doit donc être rejetée tout comme les caustiques employés autrefois par Gérard et Richet pour ouvrir les kystes suivant la méthode de Récamier.

L'extirpation ou décortication ; lorsqu'elle est possible, est la méthode de choix.

Après ouverture de l'abdomen par une incision médiane de préférence, on incise le mésentère ou le mésocôlon à

la surface de la tumeur ; puis, on décolle avec les doigts le mésentère du kyste, après ou sans évacuation du contenu, suivant le volume de la poche. Pendant la décoration on pince au fur et à mesure tous les vaisseaux qui saignent en prenant bien garde au plexus solaire.

Après ligature au catgut de ces vaisseaux et suture du mésentère il ne reste qu'à refermer l'abdomen.

« Par ce moyen dit Duret, la guérison est plus radicale
« et plus rapide bien que parfois difficile, cette décorti-
« cation est le plus ordinairement possible pourvu qu'on
« y déploie un peu de patience, de douceur et d'expé-
« rience chirurgicales. »

Klefschadt-Sillonville prétend que cette méthode a donné des succès qui ne se comptent plus.

La marsupialisation trouvera pourtant de nombreuses indications. Il faut y avoir recours chaque fois que la tumeur ne peut être isolée des parties voisines sans léser quelque organe important.

CONCLUSIONS

Les kystes hydatiques du mésentère ne sont pas rares, ceux du mésocôlon sont exceptionnels.

En général ils coexistent avec des tumeurs de même nature dans d'autres organes.

Le diagnostic de la nature et du siège, souvent difficile, ne sera parfois possible que par la laparotomie exploratrice.

Le traitement de choix est la laparatomie suivie soit de l'extirpation, soit de la marsupialisation.

L'extirpation convient aux petites tumeurs facilement enucléables et aux kystes multiples.

La marsupialisation, aux kystes hydatiques uniques, difficilement isolables et pour lesquels l'extirpation exposerait à léser des organes importants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Kyste hydatique du mésentère, autopsie, résumé. Tulpius, d'après Franck, *traité de médecine pratique* traduction de Goudereau, Paris 1842.

La fille d'un pharmacien hollandais meurt avec de l'anasarque après avoir présenté une tumeur abdominale dont l'accroissement se fit lentement,

Diagnostic : Grossesse puis hydropisie.

Autopsie : Kyste hydatique du mésentère du poids de 20 livres.

OBSERVATION II.

Horstius d'après Lieutaud. *Historia anatomica medica* tome I.
Resumée. Kyste hydatique du mésentère. Autopsie.

Une jeune femme ressentit après son mariage (environ un an après), des douleurs très violentes au bas ventre amenant des syncopes. Pendant ce temps le ventre augmentait lentement de volume. — Amélioration par

divers traitements. Brusquement, crises épileptiques et mort dans la même journée.

Autopsie : kyste hydatique du volume d'une tête d'enfant.

OBSERVATION III

Portal, *Cours d'anatomie médicale*. Paris 1803, tome V, p. 268.
Résumée.

Fille d'un tailleur, âgée de 22 ans.

Absence de règles, ventre très volumineux, on croyait à une grossesse. Neuf mois s'écoulèrent et le ventre augmentait de volume ; puis les urines diminuèrent. Extrémités inférieures tuméfiées, œdème généralisé, hydrothorax double.

Tumeur mésentérique plus grosse qu'une tête d'enfant avec des hydatides.

OBSERVATION IV

Claude Tarral *Journal hebdomadaire de médecine* 1830. Kystes hydatiques du foie et du mésentère, autopsie. Résumée.

Dans une autopsie faite par Laugier on trouva un kyste hydatique du foie communiquant avec le lobe inférieur du poumon droit et kystes de même nature dans le mésentère.

OBSERVATION V

Laboulbène. Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, descriptive et histologique, 1874 p. 357. Kyste hydatique ancien et dégénéré du mésentère. Autopsie. Résumé

Kyste du mésentère, chiffonné, jaunâtre, de la grosseur d'une noix, ayant l'aspect d'un morceau de taffetas gommé qu'on aurait plissé entre les doigts. L'intérieur ne contenait plus de liquide, mais une matière semblable à de la gélatine. — Deux autres types plus petits, un dans le mésentère, l'autre dans l'épiploon ; dans ce dernier on trouva des crochets d'échinocoques.

OBSERVATION VI

Meissner Schmidts. Jahrbuch. t. 145 p. 36. Kystes hydatiques du foie, du mésentère, etc. Autopsie. Résumée.

Un homme de 45 ans, de bonne santé habituelle présente un kyste hydatique du foie avec rejet d'hydatides par vomique.

Examen : On constate au niveau de l'ombilic une tumeur du volume du poing et plusieurs autres petites au-dessous formant par leur ensemble une masse bosselée plus grosse qu'une tête d'adulte.

Cette masse s'étend de la symphyse pubienne à l'ombi-

lie, elle est isolée du foie et de la rate ; ces tumeurs sont lisses, souples, élastiques. Frémissement hydatique. Début il y a 12 ans ; les kystes sont inclus dans le mésentère.

OBSERVATION VII

Archives für physiologische Heilsrude 1885. Nouv. série, tome II, p. 283.

Kystes hydatiques du foie, de la rate, de l'épiploon et du mésentère, du tissu cellulaire rétro-péritonéal, de l'artère pulmonaire. Perforation du péricarde. Autopsie Résumée.

A l'autopsie du corps on voit des kystes volumineux siégeant dans le foie et dans la rate. Le mésentère renferme plus de cinquante kystes en partie desséchés. Leur volume variait de celui d'un grain de chènevis à celui d'un demi pois.

OBSERVATION VIII

Meissner Schmidts jarhb, t. 152. Kystes hydatiques du foie, de l'épiploon et du mésentère. Autopsie. Résumée.

Chez un homme de 33 ans, mort d'un kyste hydatique du foie, on trouva des vésicules du volume d'un œuf à

celui d'une tête d'épingle dans l'épiploon et le mésentère. Quelques-unes adhéraient à la face postérieure du foie.

OBSERVATION IX

Sutherland. *Medical record of Australia february 1883*. Obstruction intestinale produite par la pression d'une tumeur hydatique du mésentère. Sphacèle de l'intestin. Autopsie. Résumée.

La malade fut prise tout à coup de douleurs aiguës autour de l'ombilic et du besoin d'aller à la selle. Vomissements, tympanisme ; langue pâteuse et chaude.

Saignée, sangsues. Aggravation de la maladie ; délire, soubresauts des tendons, mort.

Autopsie : Invagination intestinale à laquelle on s'attendait.

Tumeur hydatique oblongue du volume d'une tête d'adulte, comprenant l'hypochondre gauche et la région ombilicale ; comprimant l'iléon à tel point qu'elle avait amené la gangrène des points comprimés.

OBSERVATION X

Legroux. *Bulletin de la société anatomique 1867*. Kyste hydatique du mésentère. Autopsie. Résumée.

Malade de M. le docteur Legroux, morte de fièvre hectique, kyste hydatique du foie soigné et guéri ; puis,

épanchement pleural. Expectoration puriforme, mêlée d'hydatides.

A l'autopsie : Kyste du foie guéri, mais le mésentère est criblé de petits kystes gros comme des grêlons.

OBSERVATION XI

Frémy. *Bulletin de la société anatomique* 1868. Kyste hydatique du mésentère dégénéré. Autopsie. Résumée.

Femme de 50 ans morte à Lariboisière. Elle avait une masse de corps fibreux développée dans le ligament large. Signes d'obstruction intestinale à différentes époques, par compression due à ces corps fibreux.

Autopsie : On trouve dans le mésentère une tumeur globuleuse du volume d'une orange, remplie d'une substance grasse, caséeuse, analogue par la consistance à du mastic de vitrier.

C'est un ancien kyste hydatique en dégénérescence graisseuse parcourant les phases de cette période ultime.

OBSERVATION XII

Le Teinturier : *Bulletin de la société anatomique* 1867 Kystes hydatiques du mésentère. Autopsie. Résumée.

Anus contre nature dans le cours d'une péritonite chronique.

Autopsie : Cinq ou six kystes hydatiques dans le mésentère, gros comme des noisettes et renfermant un liquide limpide et transparent. A l'examen on y trouve des crochets.

OBSERVATION XIII

Mémoires de la Société de biologie 1856. Kyste hydatique du foie volumineux. Kystes du mésentère etc. Autopsie. — Résumée.

Chez un malade mort de kyste hydatique du foie on trouva, à l'autopsie, un kyste dans l'épiploon gastro-hépatique et plusieurs petits dans les mésocôlon transverse et le mésentère. Deux autres de chaque côté de la vessie, sous le péritoine.

OBSERVATION XIV

Charcot et Davaine : *Mém. Soc. de Biologie* 1857 et Séal : *Bulletin Soc. Anatom.* XXI. Kystes hydatiques de foie, du mésentère et du petit bassin. Autopsie. — Résumé.

A l'autopsie d'une femme on trouve dans le foie, dans le mésentère et le petit bassin de nombreux kystes pédicule rompu pour quelques uns, d'autres contiennent de l'hématoïdine.

Ceux qui sont situés dans le mésentère sont nombreux ; ils varient du volume d'un pois à celui d'une noix. Ceux

qui ont un pédicule grêle et aminci n'ont pas d'échinocoques.

OBSERVATION XV

Gérard : Thèse Paris 1876. Kystes hydatiques du péritoine.
Autopsie.- (Résumée).

A l'autopsie on trouve des lésions de tuberculose pulmonaire, un kyste hydatique de foie, des kystes pédiculés multiples sur le bord adhérent de l'intestin, sur le mésentère, dans le petit bassin.

OBSERVATION XVI

Panas. 1852. Kyste hydatique du mésentère. Ponction guérison. (Résumée).

Homme de 45 ans, a habité les Indes, l'Egypte et s'y est très bien porté. Malade depuis deux ans. Quand M. Panas le voit, il a le facies terreux, jaune paille, cachectique. Il est maigre. Douleurs épigastriques, nausées, vomissements, anorexie. Palpation : Entre l'ombilic et l'épigastre, tumeur du volume d'un gros boulet de canon, lisse tendue, indépendante de la paroi, extrêmement mobile dans tous les sens.

Diagnostic : Kyste multiloculaire de l'épiploon ou du mésentère ; probablement kyste hydatique.

Consultation avec Nélaton et Barth pères qui diagnostiquent : tumeur encéphaloïde de l'abdomen. Même avis de Ferguesson de Londres.

Ponction capillaire : Liquide eau de roche un peu louche à la fin, avec crochets caractéristiques.

Reproduction partielle puis résorption et guérison se maintenant encore cinq ans après.

OBSERVATION XVII

Carter : *British medical journal* 1883 tome I. Kyste hydatique du mésentère simulant un kyste de l'ovaire. Résection d'une partie de la poche. Suture de la paroi — Mort. (Résumée).

Femme de 44 ans, ayant une tumeur abdominale simulant un kyste ovarien uniloculaire.

Début, il y a deux ans. La tumeur était alors grosse comme une orange et siégeait au niveau de l'ombilic. Mais elle avait débuté à gauche de la colonne vertébrale, dans la région lombaire, elle était très mobile, indolente. Constipation notable.

Au moment de l'entrée de la malade, l'abdomen est balloné surtout à gauche.

Fluctuation : douleur et pesanteur à six pouces au-dessous de l'ombilic.

Diamètre au niveau de l'ombilic : 38 pouces ; col utérin attiré à gauche. Utérus mobile.

Diagnostic : Kyste uniloculaire de l'ovaire.

Laparotomie médiane le 13 juillet. Le kyste n'est pas adhérent, mais est entouré de grosses veines. Par la ponction on retire 16 pintes de liquide clair, légèrement opale, alcalin, très dense, ne donnant aucun précipité par l'ébullition. Par l'acide azotique, léger précipité se redissolvant dans un excès. Par le nitrate d'argent précipité blanc abondant. C'était donc un kyste hydatique, quoi qu'on n'ait pu trouver ni crochets ni membranes.

La paroi du kyste ne fut pas examinée.

Le kyste siégeait dans le mésentère, son pédicule s'insérait sur les côtés de la colonne lombaire.

Rien à l'ovaire, à l'utérus, aux annexes, ni aux reins. La crainte d'une hémorrhagie redoutable empêcha l'extirpation. On réséqua tout ce que l'on put de la poche. Six ligatures sur la circonférence du kyste, suture au catgut du kyste à la paroi.

Toilette du péritoine, pansement à la gaze antiseptique.

Premier jour, rien d'anormal.

Température : 101° 2 Farenheit, pansement légèrement souillé de sang.

Les jours suivants, symptômes de septicémie avec hémorrhagie interne. Mort six jours après l'opération.

Autopsie : Parois abdominales, au niveau de la suture, rétractées en dedans. Le kyste était rattaché au côté

gauche de la colonne lombaire par un léger pédicule.

L'intestin grêle adhère à la tumeur.

A gauche, extravasation sanguine. Le sang est à moitié coagulé et provient d'une grosse veine percée par l'aiguille à suture.

Traces de péritonite légère. Utérus et ovaires normaux mais anémiés.

OBSERVATION XVIII.

Kyste hydatique du mésentère. -- Marsupialisation,. Guérison.
— Service du docteur Bruch. — Hôpital de Mustapha, Alger.
(Personnelle).

Femme de 36 ans, 3 enfants, une fausse couche, la dernière grossesse il y a huit ans elle entre à l'hôpital, au mois de février 1892.

Santé parfaite, habituellement, quand il y a environ dix-huit mois, elle remarque qu'elle a une grosseur dans le côté gauche du ventre. Cette tumeur est indolente, mais elle a augmenté peu à peu d'une manière incessante en causant à la malade une sensation de pesanteur dans l'abdomen en même temps que de la distension. L'état général est toujours bon.

Les règles n'ont pas varié dans leur durée et leur quantité.

Examen à son entrée.

On trouve à gauche de l'abdomen une tumeur arrondie, au niveau de l'ombilic. Matité correspondant à trois pouces comme étendue. Sonorité des régions voisines de la tumeur. Utérus mobile. Urines normales.

Le 20 mars, on fait une laparotomie médiane.

On arrive sur un kyste d'une ligne d'épaisseur, dont la consistance est ferme. On ponctionne le kyste et l'on en retire quelques grammes (90 environ) d'un liquide transparent ; si l'on presse profondément, le liquide sort avec plus d'abondance. Le kyste est adhérent seulement par sa base et se prolonge à gauche de la colonne vertébrale, il paraît situé dans le mésentère. On agrandit alors l'ouverture du kyste que l'on maintient avec des pinces à forci-
pression. Il s'en échappe alors des vésicules de différentes grosseurs, en grand nombre, soixante avaient la grosseur d'un œuf de poule. Les parois du sac sont ensuite suturées aux bords de la plaie. Lavage à l'eau boriquée. Tube à drainage en verre dans la partie la plus déclive.

Suite de l'opération : excellentes

La poche s'est rétractée ; au bout de 15 jours on substitue au drain primitif, un drain en caoutchouc. Quantité de pus insignifiante. Guérison.

OBSERVATION XIX

Bouilly : *Bull. de la Soc. de Chirurgie* 1887. Kystes hydatiq. du mésentère. Ablation, guérison (Résumée).

Kystes hydatiques multiples du grand épiploon et du bassin. Quelques-uns siégeaient à la partie convexe de l'intestin grêle et plus profondément dans le mésentère. Ablation, guérison.

OBSERVATION XX

Cymball, *Riv. clus. Bologna* 1887. Cistida echinococco del mesentère. Kystes hydatiques du mesentère : incision, drainage, mort. (Résumée).

R. C., 18 ans, tailleur.

Antécédents : Santé habituellement bonne. Il y a six ans rhumatisme articulaire aigu, pas de syphilis ni d'alcoolisme.

Le 17 juillet, s'étant baigné dans le Tibre il prit froid et ressentit une douleur très aiguë dans l'abdomen. Transporté chez lui il eut des vomissements et de la fièvre. Il entra le lendemain à l'hôpital.

Malade bien constitué, digestion bonne, muqueuses pâles douleurs abdominales très aiguës, temp. 39°.

Examen · Ventre légèrement tuméfié.

La douleur gêne la palpation. La percussion donne du tympanisme à gauche et de la submatité à droite; entre l'arcade costale droite, la ligne bis-iliaque, la ligne xiph-ombilicale et la ligne axillaire.

Tout l'abdomen est douloureux. Inappétence, nausées, vomissements tantôt alimentaires, tantôt bilieux. Constipation, pouls régulier, petit, fréquent.

Le 19 juillet, douleurs un peu moins vives, la température oscille entre $39^{\circ}2$ et $40^{\circ}2$. Soixante centigrammes de calomel provoquent deux selles et amènent du soulagement.

Le 20 juillet : amélioration, temp. entre 37° et 39° .

Le 21 juillet, nouvelle aggravation; temp. entre 39° et $39^{\circ}8$, trois selles obtenues par le calomel.

Le 22 juillet, amélioration, le matin pas de fièvre, le soir $39^{\circ}5$.

Les jours suivants la douleur diminue, mais l'état général ne s'améliore pas. Dépérissement lent et progressif, la température vespérale se maintient aux environs de 39° . On se décide alors à examiner l'abdomen pour y chercher la cause de ce mauvais état général.

A l'inspection on constate que la moitié droite de l'abdomen, surtout au voisinage de l'ombilic, est tuméfiée.

A la palpation, on constate à ce niveau une certaine résistance douloureuse ressemblant à une tumeur à large surface; immobile sous l'action respiratoire, de forme

ovoïde, à grand diamètre perpendiculaire à l'axe du corps, lisse de consistance dure et élastique.

Nettement fluctuante sur certains points, elle donne sur d'autres la sensation du cartilage. Son bord inférieur atteint la ligne bis-iliaque; son bord gauche dépasse de deux travers de doigt l'ombilic; en haut la tumeur dépasse l'arcade costale droite de deux travers de doigt; en arrière elle est limitée par la ligne axillaire postérieure. Elle est immobile et mate. Cette matité se confond en haut avec celle du foie. Le foie dont on ne peut sentir le bord tranchant par le palper est légèrement élevé. Zone de sonorité entre la ligne axillaire antérieure et postérieure, en avant de la tumeur.

Inappétence, digestion mauvaise, diarrhée, fièvre le soir. Dénutrition progressive; le décubitus sur le côté droit est impossible. — Par la ponction on retire un liquide jaunâtre, onctueux au toucher. Au microscope on y voit des cristaux de cholestérine et des crochets d'échinocoques.

Le malade passe alors en chirurgie.

Avant la ponction on avait posé le diagnostic de péritonite enkystée suppurée; mais les crochets d'échinocoques firent rejeter ce diagnostic et on pensa à un kyste hydatique du mésentère.

Le 25 août, après anesthésie locale à la cocaïne, le Dr Rocchi, chirurgien suppléant fit une section oblique

en bas et à gauche sur le point le plus proéminent de la tumeur, au niveau de la ligne mamelonnaire droite prolongée et à quatre travers de doigt de l'arcade costale. Le kyste fut ensuite incisé largement et il en sortit près de deux litres de liquide semblable à celui de la ponction.

La main introduite dans la poche arrivait presque jusqu'au rein gauche. Les parois étaient en partie recouvertes d'incrustations calcaires surtout dans la partie gauche de la cavité. Contre-ouverture dans le flanc droit pour faciliter l'écoulement des liquides hors de la cavité. Gros drain, lavage à l'eau boriquée, pansement.

Après l'opération les souffrances diminuèrent et la fièvre cessa. Pendant plusieurs jours, hémorrhagie abondante qui affaiblit le malade puis il s'écoula par la plaie des matières fécales.

Abondantes au début, elles diminuèrent mais ne disparurent pas complètement.

Il s'écoulait alors un liquide séro-sanguinolent mêlé de matières fécales et de plaques de substance calcaire.

Pendant les 3 derniers jours ; accidents tétaniformes, trismus, opisthotonos, etc.

Collapsus : Température 34° c., mort dans la nuit du 13 septembre.

Autopsie : Péritonite adhésive diffuse ; kyste volumineux du mésentère avec incrustations calcaires. Perforation du côlon ascendant. Le foie atteint de périhépatite et

refoulé vers le thorax adhère au diaphragme ainsi qu'aux organes voisins. Parenchyme hépatique sain, comme le rein droit. La cavité kystique avait disparu.

OBSERVATION XXI

Le Damany : *Bull. de la société anatomiq.* Mai 1895. Kystes hydatiques du mésocôlon.

Mme Eb., âgée de 26 ans, blanchisseuse, entre le 3 mai 1895, salle Huguier, n° 6.

Son père est mort tuberculeux.

Elle-même a eu des hémoptysies ; l'une il y a trois mois l'autre avant son entrée à l'hôpital. Chaque fois elle a craché environ un verre de sang spumeux, de plus elle a notablement maigri.

Il y a trois ans, peu de temps après son premier accouchement qui fut normal et ne fut accompagné ni suivi d'aucune complication ; elle sentit pour la première fois dans le flanc gauche une grosseur dure, développée sans cause appréciable et sans produire aucune douleur. Pendant deux ans cette tumeur grossit lentement.

Après son dernier accouchement il y a environ un an, cette femme remarque une notable augmentation de volume de la tumeur.

Quelques mois après elle constatait l'apparition d'une deuxième masse dure qui, sauf son moindre volume,

présentait les mêmes caractères que la première au-dessus de laquelle elle était située.

En l'examinant lors de son entrée, nous trouvons dans la partie gauche de la région ombilicale, empiétant sur le flanc gauche, une voussure de la paroi abdominale.

Le palper permet de constater qu'elle est due à une tumeur irrégulière, à surface convexe, légèrement bosselée, mobile sous la paroi et qui se déplace avec la plus grande facilité de droite à gauche et de haut en bas dans la cavité abdominale.

Sa consistance est dure, il n'y a pas trace de fluctuation. Une percussion superficielle donne une matité complète; en percutant plus fortement on obtient au contraire une sonorité presque égale à celle des parties voisines. (Ce mode d'exploration n'a pas fait percevoir de frémissement, il est vrai que ce caractère n'a pas été l'objet de recherches spéciales.)

Dans l'hypocondre gauche, presque immédiatement au-dessous des fausses côtes, au-dessus de cette première tumeur et nettement séparée d'elle, nous en trouvons une seconde, dure, à surface arrondie quoique d'un volume beaucoup moindre.

Par ailleurs elle présente les mêmes caractères que la première et il est évident qu'elles sont toutes deux de la même nature. En pratiquant l'exploration bi-manuelle nous sentons très nettement une troisième tumeur située

dans la cavité pelvienne au devant de l'utérus et un peu à gauche de la ligne médiane. Elle se déplace très facilement sous la pression de la main appliquée sur l'hypogastre ou du doigt introduit dans le cul-de-sac antérieur du vagin. Sa consistance est également dure, très ferme, nullement rénitente.

Il n'y a pas trace d'ascite. La malade n'a jamais eu de troubles digestifs, gastriques ou intestinaux. Elle ne souffre nullement ; les tumeurs sont absolument indolores et les pressions même énergiques, à leur niveau, ne produisent aucune douleur.

La possibilité d'une tuberculose pulmonaire, étant données les hémoptysies antérieures, fait examiner soigneusement les organes respiratoires ; les résultats ont été négatifs ; la sonorité, le murmure vésiculaire et le retentissement de la voix ont semblé normaux, tout symptôme anormal fait défaut.

Les autres viscères : foie, reins, rate sont également normaux. Une laparotomie est pratiquée le 9 mai par M. le Docteur Lejars.

Dans le flanc droit, après incision de la paroi, ce chirurgien trouve une tumeur blanchâtre, bosselée, irrégulière, ayant à peu près le volume du poing. Sa forme est celle d'un ovoïde très irrégulier. Elle est contenue dans l'épaisseur du mésocôlon transverse, au voisinage de son extrémité droite et tapissée par le péritoine qui, à son

niveau, conserve son aspect normal. La séreuse est peu adhérente, la tumeur est facilement enucléée et quelques pinces à forcipressure, remplacées ensuite par des catguts permettent de la libérer complètement.

La tumeur située au-dessus de la précédente est incluse dans la même partie du mésécôlon, son volume est à peu près celui d'une mandarine, sa forme très irrégulière.

Comme la précédente, elle est parfaitement isolée de la paroi du péritoine sous laquelle elle est logée.

La troisième tumeur, intra-pelvienne, est située dans le mésôcolon descendant, à peu près au niveau de l'S iliaque. Elle est extirpée avec la même facilité. Son volume est intermédiaire à celui des deux premières, il égale à peu près celui d'une orange.

L'examen de ces tumeurs montre que ce sont des kystes hydatiques uniloculaires malgré leur forme irrégulière. Le contenu est examiné au microscope et on y trouve des crochets et même des hydatides entières avec leur couronne de crochets.

Pansement habituel, drainage. Guérison.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. GROSS. — Diagnostic et traitement des kystes du mésentère (*Bull. médical*, 9 juin 1895).
2. BONNET — Kystes hydatiques du foie et du péritoine. (*Bull. de la Société anatomique de Paris*, 17 mai 1895).
3. SOUPAULT. — Des kystes hydatiques du péritoine (*Gazette des hôpitaux*, 27 juillet 1895).
4. LE DAMANY. — Kystes hydatiques du mésocôlon (*Bull. de la Société Anatomiq.*, 3 mai 1895).
5. TOKARENKO. — Sur l'échinocoque multiloculaire de la cavité péritonéale (thèse de Saint-Petersbourg, 1895).
6. HUTCHINSON. — Laparotomie pour obstruction par kystes hydatiq. multiples (*Médico-surgical transactions*, LXXVII, p. 133).
7. RATINOFF. — Sur l'origine des échinocoques multiples de la cavité péritonéale. (*Vratch.* 22 septembre 1894).
8. MONOD. — Kystes hydatiques multiples de l'épiploon et du petit bassin (*Bulletin de la Soc. de chirurgie*, XX, page 452, 1894).
9. GOULLLOUD. — Kystes hydatiques multiples des épiploons (congrès français de chirurgie et *bulletin médical*, 24 octobre 1894).
10. FRANCK. — Des tumeurs kystiques rétro-péritonéales (*Wiener klin. Woch.*, 30 août 1894).
11. DEFFAINS. — Sur les kystes du mésentère (thèse Paris 1894).
12. HOFFMANN. — Des hydatides sous-phréniques (*Deutsche archive fur Klinicke med.*, LI, 6, p. 817).
13. BELKOWSKI. — Contribution à l'étude des douleurs du mésentère (*Revue médicale de la Suisse*, XIII, p. 431).
14. PAUCHET. — Kystes hydatiques multiples du thorax et de l'abdomen (*Bulletin de la Soc. Anatom. de Paris*, 12 nov. 1893).

15. LOBET. — Huit cas de kystes hydatiques de l'abdomen traités par l'incision et le drainage (*Revue de chirurgie*, oct. 1893).
16. BRUNET. — Kystes hydatiques du mésentère et du foie (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 sept. 1893).
17. TERRILLON. — Kystes séreux du mésentère (*Annals of surgery*, part. 1, 1893).
18. STAUMM. — Volumineux kyste hydatique abdominal (*Medical News*, 8 avril 1893).
19. MONEGER. — Des kystes hydatiq., de l'épiploon et du bassin (thèse de Lyon, 1892).
20. TERRILLON. — Réflexions à propos des trois kystes séreux de mésentère traités par la laparotomie (*Bulletin de la soc. de chirurgie*, XVII, p. 375).
21. AREKION. — Etude sur les kystes du mésentère (thèse Paris, 1891, n° 318).
22. DELMEZ. — Des kystes du mésentère (thèse Paris, 1891, n° 219).
23. ROBINSON. — Multiple multilocularcysts of the mesentery (*British medical journal*, p. 219. 31, janvier 1891).
24. SCHMIDT. — Ein Fall von echinococcus in mesenterium der Dickdarms (*deutsche médical Wochenschrift*, n° 8, p. 291, 1891).
25. BOND. — On the treatement of hydatie discases by incision. (*British medical journal*, p. 175, II, avril 1891).
26. HANDFORD. — Hydatides multiples de l'abdomen, guérison (*Lancet*, 4 juillet 1891).
27. MAUNY. — Rupture intra-péritonéale des kystes hydatiques (thèse Paris, janvier 1891).
28. TERRIER. — Kyste hydatique du grand épiploon (*Bulletin de la Soc. de chirurgie*, XVI, p. 410).
29. COLBY. — Hydatides de l'abdomen, drainage à travers la vessie (*Bartholomeus hospital report*, XXV, 261).
30. RUBESKA. — Extirpation d'un kyste du mésentère, guérison (*Centrablatt, für gynecologie*, 7 décembre 1889).

31. MOSES-GUNY. — Kyste hydatique de l'abdomen opération, guérison (Lancet, 21 septembre 89).
32. LOEHLEIN. — Opération d'un kyste du mésentère avec remarques sur la valeur diagnostique de la ponction (*Berlin Klin. Woch.*, p. 457, 24 juin 1889).
33. SYDNEY JONES. — Kyste hydatique du mésentère, laparotomie, ablation, guérison (Lancet, 25 août 1888).
34. ROCCHI. — Kyste hydatique du mésentère (*Bull. del Soc. Lancisiana Roma*, VIII, p. 1, 1888).
35. KAMLA. — Traitement des hydatides de l'abdomen (Inaugural dissertation, 1888.)
36. CIMBALL. — Cas d'hydatides du mésentère (*Riv. clin. Bologna*, n° 10. 1887).
37. ALBERT. — Kystes hydatiques multiples de l'abdomen, traitement (thèse, Paris 1887, 3 décembre).

Vu : le Doyen :

BROUARDEL.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

TABLE

Introduction.....	7
Historique.....	10
Symptômes.....	14
Pronostic.....	21
Diagnostic.....	22
Traitement.....	24
Conclusions.....	26
Observations.....	27
Index bibliographique.....	47

